調　剤　過　誤　報　告　書

報告日　　　年　　　月　　　日

兵庫県立丹波医療センター　院長　様

薬局名

薬局所在地

管理薬剤師名　　　　　　　　　　　　　印

TEL等

|  |  |
| --- | --- |
| １　患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２　患者住所 |  |
| ３　処方内容※処方箋の写しを添付してください |  |
| ４　主治医 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| ５　調剤過誤の内容 |  |
| ６　発見の経緯 |  |
| ７　対応措置の状況 |  |
| ８　調剤過誤の原因 |  |
| ９　今後の対策 |  |

丹波医療センター担当者記載欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 年　　　月　　　日 | 受付者 |  |
| 措置 |  |

丹波医療センター薬剤部　　　　　　TEL：0795-88-5200（代表）　　FAX：0795-88-5235